

แบบฟอร์มการสมัครเข้าโครงการ
Nexavar Patient Assistant Program (NPAP)

ข้าพเจ้า อายุ.....ปี
ที่อยู่

เลขที่บัตรประชาชน หรือ หมายเลขPassport

เป็นผู้ป่วยโรค

โดยรักษากับ นพ. /พญ.....

โรงพยาบาล มีความประสงค์จะขอสมัครเข้าร่วมโครงการ
ช่วยเหลือผู้ป่วย NPAP โดยข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความดังต่อไปนี้ เป็นจริง

1. ผู้ป่วยมีสัญชาติไทยหรือมีภูมิลำเนาในประเทศไทย

2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าเป็น

Advance Renal Cell Carcinoma หรือ

Hepatocellular carcinoma ที่ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดและการฉีดเคมีบำบัดเฉพาะที่

3. มีรายได้ไม่เกินปีละ 1,500,000 บาท / ปี

4. ไม่มีสิทธิในการเบิกค่ายาดังกล่าวจากสังกัดใดๆและไม่ได้รับการสนับสนุนจากที่ใดทั้งสิ้น

เอกสารประกอบ มีดังนี้

1. แบบฟอร์มการสมัครเข้าโครงการ

2. ใบรับรองแพทย์

3. เอกสารการเสียภาษีเงินได้ประจำปีของผู้ป่วย หรือสามีภรรยา หรือบุตรธิดา (ถ้ามี)

4. สำเนาบัญชีเงินฝาก หรือ สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าไฟฟ้า

.....
(.....) (.....)

(ผู้ป่วย)

(ญาติผู้ป่วย)

หมายเหตุ: ส่งเอกสารมาที่ คุณสมหมาย ศรีพลอย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 268/1 ถนน พระราม 6 เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ 10400